

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

DELIBERAZIONE DI RILIEVI:

Schema di relazione all'Assemblea sull'individuazione delle priorità nell'utilizzo del <i>Recovery Fund</i> (Rilievi alla V Commissione) (<i>Seguito dell'esame e conclusione</i>)	187
ALLEGATO 1 (<i>Proposta di deliberazione di rilievi del Relatore</i>)	192
ALLEGATO 2 (<i>Rilievi deliberati dalla Commissione</i>)	197

DELIBERAZIONE DI RILIEVI

Martedì 29 settembre 2020. — Presidenza della presidente Marialucia LOREFICE. — Interviene la sottosegretaria di Stato per la salute, Sandra Zampa.

La seduta comincia alle 12.05.

Schema di relazione all'Assemblea sull'individuazione delle priorità nell'utilizzo del *Recovery Fund*.
(Rilievi alla V Commissione).

(*Seguito dell'esame e conclusione*).

La Commissione prosegue l'esame dello schema di relazione in oggetto, rinviato nella seduta del 24 settembre 2020.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, ricorda che nella precedente seduta il relatore, deputato Provenza, ha svolto la relazione e si è svolta un'ampia discussione.

Dà, quindi, la parola al relatore per l'illustrazione della proposta di rilievi che ha predisposto anche a seguito dell'interlocuzione svolta per le vie brevi con i vari gruppi parlamentari (*vedi allegato 1*).

Nicola PROVENZA (M5S), *relatore*, illustra la proposta di rilievi predisposta, ringraziando i numerosi colleghi che hanno dato il loro apporto ai fini della redazione della stessa.

Massimo Enrico BARONI (M5S) ringrazia il relatore per lo sforzo da lui compiuto, che ha consentito di includere tutte le tematiche emerse dal dibattito svolto in Commissione in un documento che costituisce un passaggio importante all'interno di una occasione straordinaria, come quella rappresentata dall'utilizzo del *Recovery Fund*. Entrando nel merito del documento, rileva come esso contenga alcuni elementi apparentemente ridondanti, dovuti probabilmente alla complessità dei temi trattati. In relazione al punto 16 dei rilievi relativi al settore della salute, invita ad utilizzare l'espressione « minori » in luogo di « bambini », che appare meno appropriata.

Passando, poi, ai rilievi afferenti alle politiche sociali, osserva, per quanto riguarda il punto n. 2, che il tema concernente l'eliminazione delle barriere architettoniche appare maggiormente riconducibile alla missione numero 3 piuttosto che alla missione numero 5, che è l'unica richiamata all'inizio della relativa sezione.

Con riferimento al successivo punto n. 5, ritiene preferibile utilizzare in maniera esplicita l'espressione « *caregiver* familiare ». Chiede, inoltre, di verificare il dato relativo a un milione e duecentomila minori che vivono in condizione di povertà assoluta.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, in relazione a quanto segnalato dal collega Baroni a proposito del superamento delle barriere architettoniche, evidenzia come nella proposta del relatore si precisi che i rilievi riguardanti i temi inerenti alle politiche sociali sono riconducibili solo prevalentemente alla missione numero 5, investendo anche ambiti di altre missioni ovvero altri paragrafi dello schema di relazione in oggetto.

Elena CARNEVALI (PD), nel ringraziare il relatore per l'impegno profuso, che ha consentito di raccogliere quasi tutti gli elementi emersi nel corso del dibattito svolto in Commissione, precisa di voler proporre solo alcune modifiche puntuali al testo illustrato. Per quanto riguarda la parte relativa alla salute, in relazione al punto n. 1 segnala l'esigenza di inserire un riferimento allo scambio di informazioni derivanti dalla digitalizzazione, oltre che tra le diverse regioni, anche tra queste ultime e il Ministero della salute. In merito al punto n. 10 invita a valutare l'opportunità di un adeguamento degli ordinamenti didattici in relazione a un ambito più ampio di discipline, in ogni caso relative alle scienze della vita. Con riferimento al punto n. 12, propone di inserire un richiamo anche alla ricerca relativa alle terapie avanzate e, per quanto riguarda il punto n. 16, suggerisce di includere un riferimento anche alla formazione degli educatori in tema di salute mentale.

Per quanto concerne la parte relativa alle politiche sociali, pone in rilievo l'esigenza di una riformulazione del punto n. 3, volta a precisare che l'obiettivo primario dell'assistenza debba essere quello di assicurare la vita indipendente attraverso la domiciliarità e, solo nei casi in cui ciò non sia possibile, utilizzare le strutture

residenziali. In quest'ottica, appare opportuno un potenziamento qualitativo di tali strutture, in particolare in quei territori in cui si manifestano le maggiori criticità.

Roberto NOVELLI (FI), nel manifestare apprezzamento per l'approccio seguito dal relatore, invita tuttavia a dare maggior enfasi, tra i rilievi, al tema del declino demografico, da tutti riconosciuto come centrale. Osserva, in proposito, che il richiamo contenuto nel punto n. 7 dei rilievi relativi alle politiche sociali appare troppo generico e che si rende, quindi, necessaria un'ulteriore specificazione. Nell'esprimere il proprio plauso rispetto alla grande attenzione data ai temi concernenti i servizi in favore delle persone con disabilità e il superamento delle barriere architettoniche, ricorda che deve essere ancora discussa in Assemblea una mozione a sua prima firma su tale ultimo tema.

Richiamando i dati emersi da un recente studio promosso da Anaa-Assomed sulle prospettive future relative al personale medico, segnala che già nel 2023 si potrebbe determinare un *deficit* di circa 10.000 specialisti e che, pertanto, occorre stanziare da subito risorse adeguate per ulteriori borse di specializzazione. Segnala che, altrimenti, si corre il rischio di realizzare un potenziamento e un adeguamento delle strutture senza avere il personale che le possa gestire. In relazione, poi, ai riferimenti alla sanità territoriale, propone di richiamare in maniera esplicita il ruolo dei distretti, che affiancano le strutture ospedaliere.

In conclusione, pur dichiarandosi consapevole del fatto che probabilmente non riceverà alcuna risposta, s'interroga ancora una volta sulle motivazioni che hanno portato l'attuale maggioranza a non prevedere un utilizzo anche del Meccanismo europeo di stabilità (MES) che consentirebbe di avere a disposizione risorse più ingenti e in tempi più rapidi per il potenziamento del sistema sanitario nazionale.

Lisa NOJA (IV) nel ringraziare il relatore per il lavoro svolto e precisando di voler proporre solo alcune precisazioni

per quanto concerne le politiche sociali, invita, con riferimento al punto n. 2, ad utilizzare il concetto di « accessibilità » per le persone con disabilità, in relazione non solo agli edifici ma anche ai servizi di cui hanno bisogno. Si dichiara, quindi, in sintonia con la collega Carnevali per quanto concerne le osservazioni da lei avanzate rispetto all'attuale formulazione del punto n. 3, ribadendo che i servizi residenziali devono essere considerati una *extrema ratio* da utilizzare solo quando, in seguito a un processo di presa in carico, si verifica che non vi sono alternative.

Celeste D'ARRANDO (M5S), nel ringraziare il relatore per le modalità con cui ha svolto il suo compito, si associa alle considerazioni critiche svolte dalle colleghe Carnevali e Noja in merito al punto n. 3 dei rilievi afferenti alle politiche sociali nonché a quanto segnalato dalla stessa collega Noja in relazione alle barriere architettoniche richiamate dal punto n. 2. Osserva, in proposito, che è importante distinguere le diverse disabilità in funzione dei conseguenti bisogni socio-sanitari. Per quanto concerne il punto n. 1, ricorda che il *welfare* generativo in esso richiamato si realizza attraverso la coprogettazione e la gestione con gli enti del Terzo settore. In relazione alle osservazioni svolte dal collega Novelli relative al punto n. 7, rileva che il potenziamento delle misure volte a contrastare la denatalità passa attraverso lo sviluppo di una rete adeguata.

Per quanto riguarda i rilievi inerenti al settore della salute, segnala l'opportunità di inserire un riferimento alle dipendenze patologiche e si associa a quanto segnalato dal collega Novelli circa la carenza di medici, invitando a promuovere, anche attraverso specifici incentivi, la formazione nei settori in cui tale carenza appare più marcata, quali la psichiatria e l'emergenza-urgenza. In conclusione, sottolinea che il documento che la Commissione si accinge ad approvare consente di rafforzare il ruolo della sanità pubblica.

Marcello GEMMATO (FDI), nel valutare complessivamente in maniera positiva

l'operato del relatore, anche per il metodo seguito che ha consentito di sintetizzare proposte provenienti da vari gruppi, incluso quello di Fratelli d'Italia, pone tuttavia in evidenza la necessità di apportare alcune ulteriori integrazioni. In particolare, osserva che la problematica del divario in ambito sanitario a livello territoriale che caratterizza il Paese è richiamata in diversi punti del documento senza però che ad essa sia data la dovuta centralità. Ribadisce come tale aspetto debba essere considerato requisito essenziale per assicurare una tutela della salute realmente efficiente, osservando che ove l'attuale crisi pandemica avesse registrato il suo picco nelle regioni meridionali invece che al Nord le conseguenze in termini di perdita di vite umane sarebbero state ancora più drammatiche. Ritiene che un deciso incremento degli investimenti economici, strumentali e di attenzione per sviluppare le strutture sanitarie nel meridione rappresenterebbe un segnale storico. Invita, inoltre, ad inserire nei rilievi un richiamo a un maggior utilizzo delle farmacie private convenzionate quali strutture di prossimità della rete, attraverso una piena applicazione di quanto previsto dalla legge n. 69 del 2009, ricordando che esse hanno rappresentato nel corso della pandemia l'unico presidio sanitario in alcune aree rurali del Paese.

Rossana BOLDI (LEGA) manifesta apprezzamento per la capacità dimostrata dal relatore di svolgere il suo compito in un arco temporale ristretto, determinato da alcune scelte discutibili effettuate in relazione all'esame del documento sull'utilizzo del *Recovery fund*, in nessun modo imputabili alla Commissione Affari sociali. Osserva come si registri una convergenza su molti argomenti richiamati nei rilievi, a partire dallo sviluppo della sanità digitale e dall'importanza della prevenzione. In relazione a tale ultimo tema, segnala l'opportunità di proporre una percentuale minima della spesa sanitaria da destinare a tale scopo e ricorda che esiste un Piano nazionale per la prevenzione scarsamente attuato. Nel condividere la scelta di solle-

citare l'adeguamento dei livelli essenziali di assistenza e il potenziamento degli strumenti diagnostici, evidenzia come l'utilizzo dei fondi europei rappresenti un'occasione importante per superare il cosiddetto imbuto formativo, richiamando in proposito le carenze relative a figure quali anestesisti, pediatri e medici di base. Richiama, in proposito, anche i dati forniti da Anaa-Assomed, segnalati dal collega Novelli.

Per quanto concerne l'istituzione di nuovi Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di cui al punto n. 12, ricorda che attualmente si registra una forte disparità nella presenza di tali strutture anche all'interno di una stessa area territoriale del Paese, richiamando in proposito i dati della Lombardia e del Piemonte, e segnala che in ogni caso per garantire la loro efficienza non servono solo risorse finanziarie. Propone di inserire un richiamo anche alla medicina traslazionale per trasferire in modo rapido le acquisizioni della ricerca di base alla pratica sul campo. In relazione al tema degli ospedali in aree disagiate e dei distretti segnala nuovamente che l'attuale criticità può essere superata solo attraverso un ripensamento di quanto previsto dal decreto ministeriale n. 70 del 2015. Nel rilevare che molte delle indicazioni contenute nel documento potranno concretizzarsi solo attraverso il coinvolgimento delle regioni, propone di inserire un riferimento esplicito a tale aspetto. Per quanto concerne la promozione della ricerca senza animali indicata al punto n. 14, dichiara di condividere l'obiettivo di lungo periodo ma rileva che allo stato attuale appare necessaria una proroga di almeno un anno della norma che attualmente consente la sperimentazione con animali fino alla fine del 2020.

In conclusione, sottolinea che la Commissione non ha a disposizione un quadro delle risorse realmente disponibili per il potenziamento del sistema sanitario e stigmatizza la vaghezza delle indicazioni fornite al riguardo dal Governo.

Maria Teresa BELLUCCI (FDI) si associa agli apprezzamenti che sono stati ri-

volti al relatore, segnalando in particolare l'importanza di avere accolto la propria proposta mirante al potenziamento delle strutture di neuropsichiatria infantile. Segnala, tuttavia, l'assenza nella proposta illustrata di alcune tematiche rilevanti, a partire dal ruolo del Terzo settore e dalla problematica delle dipendenze patologiche, già richiamati dalla collega D'Arando. Segnala, inoltre, l'opportunità di prevedere un aumento delle risorse destinate al Servizio civile, inteso anche come difesa non armata della Patria, al fine di consentire un maggiore accoglimento delle domande presentate.

In relazione al punto n. 2 dei rilievi relativi al settore della salute, ne propone un'integrazione con un riferimento alla *équipe* multidisciplinare e alle figure professionali che la devono comporre, a partire dagli psicologi. Condivide, infine, la richiesta avanzata dal collega Baroni di richiamare in maniera esplicita la figura del *caregiver* familiare all'interno del punto n. 5 dei rilievi concernenti l'area delle politiche sociali.

Fabiola BOLOGNA (MISTO-PP-AP) propone di integrare il punto n. 3 dei rilievi in materia di salute inserendo un riferimento esplicito anche alla prevenzione secondaria, in particolare attraverso gli *screening*. Condivide, poi, le osservazioni critiche formulate in relazione al punto n. 3 in materia di politiche sociali, segnalando, inoltre, la necessità di sviluppare l'assistenza territoriale in rete. In conclusione, ringrazia il relatore per aver accolto il proprio suggerimento volto a promuovere la formazione di coloro che prestano assistenza a domicilio alle persone non autosufficienti.

Nicola STUMPO (LEU) ringrazia il relatore per avere riassunto in maniera completa quanto emerso nel corso del dibattito svolto in Commissione, ponendo particolare enfasi sull'esigenza di un riequilibrio territoriale del sistema sanitario. Ribadisce che tale obiettivo costituisce un requisito essenziale per dare piena attuazione a quanto previsto dall'articolo 32 della Costituzione.

Paolo SIANI (PD), in relazione al punto n. 7 dei rilievi relativi nell'ambito delle politiche sociali, conferma il dato relativo ai minori in condizione di povertà assoluta in esso indicato. Invita, quindi, a riformulare, al fine di renderlo più incisivo, il passaggio sul divario esistente tra le diverse parti del territorio nazionale e propone di inserire un richiamo esplicito agli asili nido quali strumento di sostegno alle famiglie.

La sottosegretaria Sandra ZAMPA, ringrazia tutti i componenti della Commissione per l'apporto dato e osserva che la qualità dei rilievi formulati conferma la validità della scelta di coinvolgere il Parlamento nella individuazione delle priorità per l'utilizzo delle risorse europee, confermando che ciò sarà di sostegno all'operato del Governo.

Nicola PROVENZA (M5S), *relatore*, si dichiara grato delle parole di apprezzamento che gli sono state rivolte per il modo in cui ha svolto il proprio ruolo, osservando che la possibilità di recepire una parte consistente dei temi emersi nel corso del dibattito è strettamente collegata alla sensibilità che caratterizza i singoli

componenti della Commissione Affari sociali.

Chiede, quindi, alla presidente una sospensione della seduta per poter predisporre un'integrazione della sua proposta di deliberazione di rilievi, al fine di accogliere almeno una parte dei suggerimenti che sono stati avanzati.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, sospende la seduta per consentire al relatore, di integrare la sua proposta.

La seduta, sospesa alle 13.20, è ripresa alle 14.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, dà la parola al relatore per l'illustrazione della nuova proposta di rilievi (*vedi allegato 2*).

Nicola PROVENZA (M5S), *relatore*, illustra la nuova proposta di rilievi che ha predisposto tenendo conto di quanto emerso dalla discussione svolta nella seduta odierna.

La Commissione approva la nuova proposta di deliberazione di rilievi del relatore.

La seduta termina alle 14.10.

ALLEGATO 1

Schema di relazione all'Assemblea sull'individuazione delle priorità nell'utilizzo del *Recovery Fund*.**PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DI RILIEVI DEL RELATORE**

La XII Commissione (Affari sociali), esaminato lo schema di relazione sull'individuazione delle priorità nell'utilizzo del *Recovery Fund*;

preso atto della procedura delineata, volta a valorizzare il ruolo del Parlamento attraverso il suo coinvolgimento fin dalla fase preliminare, potendo esso adottare atti di indirizzo al Governo ai fini dell'elaborazione delle linee principali del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), che saranno oggetto di confronto in sede di Unione europea nei prossimi mesi;

auspicato che tale ruolo venga mantenuto e rafforzato, in concomitanza con l'approvazione definitiva del PNRR e con la successiva fase della sua attuazione, che richiede un'attenta e continua attività di monitoraggio delle politiche pubbliche;

espresso apprezzamento per il fatto che, delle sei missioni in cui si articolano le linee guida per la definizione del PNRR, elaborate dal Governo, una missione *ad hoc*, la numero 6, è dedicata alla salute, scelta condivisa e ritenuta doverosa, considerata l'esigenza di rispondere alla crisi provocata dall'emergenza epidemiologica da Covid-19;

condivisi gli obiettivi che si intendono realizzare attraverso progetti di investimenti nell'ambito di tale missione, quali, in particolare: lo sviluppo della sanità di prossimità; una più forte integrazione tra politiche sanitarie, sociali e ambientali, al fine di favorire una effettiva inclusione sociale dei pazienti cronici e fragili anche per superare le attuali carenze del sistema

delle Residenze sanitarie assistenziali (RSA) e dei presidi sanitari nelle aree rurali e marginali del Paese; la digitalizzazione dell'assistenza medica e dei servizi di prevenzione, la promozione del fascicolo sanitario elettronico e della telemedicina; il sostegno alla ricerca medica, immunologica e farmaceutica;

condiviso altresì il fatto che le linee guida sottolineano, come intervento prioritario, la valorizzazione del personale sanitario, anche in considerazione dell'esigenza di ricambio generazionale, pesantemente trascurata a causa del persistente blocco del *turnover*;

rilevata l'esigenza di implementare le linee di intervento proposte dal Governo nel settore della salute, nel senso che sarà indicato in modo più puntuale nei rilievi;

esaminato, poi, il contenuto della missione numero 5 che, riguardando l'equità sociale, di genere e territoriale, incide in parte sulle materie oggetto di competenza della Commissione Affari sociali;

evidenziati, in senso favorevole, gli obiettivi concernenti: l'impegno ad eliminare le disparità di genere, le disuguaglianze e le disparità a livello territoriale in termini di reddito, occupazione e livelli di scolarizzazione, evitando che tali disparità si aggravino in conseguenza della pandemia; la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro; la promozione delle politiche sociali e di sostegno della famiglia al fine di migliorare la coesione sociale, la solidarietà intergenerazionale e la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;

rilevato, tuttavia, come tali linee di indirizzo non possano considerarsi esauritive in quanto occorre implementare, come sarà meglio specificato attraverso i rilievi, i temi legati alle politiche sociali, considerando le pesanti ricadute della pandemia sulle disparità già esistenti, come è emerso anche dal ciclo di audizioni che si sono svolte presso la Commissione Affari sociali tra il 15 luglio e il 23 settembre 2020 sul tema delle ricadute sociali dell'emergenza epidemiologica, con particolare riferimento alle problematiche dell'infanzia, degli anziani e delle persone con disabilità;

tenuto conto, ai fini della predisposizione dei rilievi, anche dell'attività istruttoria svolta presso la XII Commissione in relazione all'individuazione delle priorità nell'utilizzo del *Recovery Fund*, con le audizioni del Ministro della salute, Roberto Speranza, della Ministra per le pari opportunità e la famiglia, Elena Bonetti, e della Ministra del lavoro e delle politiche sociali, Nunzia Catalfo – quest'ultima dinanzi alle Commissioni riunite XI e XII – e della successiva discussione svoltasi in Commissione;

considerato altresì che:

un ruolo chiave nella digitalizzazione dell'assistenza medica, insieme al fascicolo sanitario elettronico, è rappresentato dalla telemedicina, che rappresenta uno strumento in grado di promuovere operativamente la gestione del percorso assistenziale e, al tempo stesso, di orientare una rimodulazione del sistema della medicina territoriale, sebbene l'innovazione digitale non vada intesa come sostitutiva del rapporto medico-paziente, che rimane condizione irrinunciabile e richiede una rilevante valorizzazione del personale sanitario;

la gestione dell'emergenza sanitaria ha messo in luce la forte necessità di un potenziamento della sanità digitale, così come evidenziato sia nella missione numero 1 che nella missione numero 6; numerose iniziative, infatti, hanno garantito, durante l'emergenza, continuità di

cura e monitoraggio da remoto dei pazienti attraverso strumenti digitali di uso comune. Il mantenimento di tali opportunità, insieme a una riforma complessiva del sistema, in un'ottica di semplificazione, dovrebbe essere il punto di partenza per ridisegnare il sistema della medicina territoriale, con la partecipazione di tutti gli attori del sistema;

l'impatto drammatico della pandemia da Covid-19 sull'economia, non solo italiana ma anche planetaria, impone il ripensamento sul sistema sanitario nazionale e su come impostare il presente e il futuro della ricerca. Si è dimostrato che, pur provocando meno decessi nel mondo industrializzato, le malattie indotte da patogeni a diffusione aerea incidono maggiormente sul PIL, senza dimenticare che, nel pensiero unanime della comunità scientifica, vi è il ritorno, in modo ciclico, delle pandemie. Si prevede che nel 2020 moriranno a causa del Covid-19 probabilmente un terzo o meno dei morti per patologie oncologiche, ma con impatti economici imparagonabili;

la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali e socio-sanitarie non può prescindere da una preventiva individuazione di percorsi assistenziali integrati sia tra i diversi servizi sanitari (rete territoriale, assistenza ospedaliera, istituti di ricerca) che tra gli stessi servizi sanitari e quelli sociali. Tale integrazione potrà garantire l'omogeneità del diritto alla salute su tutto il territorio nazionale e conseguentemente, attraverso il finanziamento perequato di investimenti strutturali, essere di contrasto ai flussi sistematici di mobilità passiva nonché di beneficio anche alle aree interne e disagiate, che troveranno risposta ai bisogni di salute espressi con il superamento del concetto di ospedalizzazione come principale intervento assistenziale;

l'utilizzo del *Recovery Fund* dovrà essere necessariamente proteso, per quanto attiene al capitolo «Salute», alla realizzazione di un nuovo modello organizzativo dell'offerta assistenziale, vicina al

cittadino, anche in assenza di malattia, e imperniata sul concetto di prevenzione e di promozione della salute, attraverso una logica intersettoriale, della salute in tutte le politiche pubbliche quale condizione imprescindibile per costruire una sostenibile sanità pubblica del futuro;

il « benessere organizzativo », come metodo permanente di armonizzazione delle procedure aziendali, appare lo strumento utile per il contrasto al *burn-out* e per dotare le organizzazioni sanitarie di sistemi di *feedback* « *bottom-up* » da parte del personale sanitario,

VALUTA FAVOREVOLMENTE LO SCHEMA DI RELAZIONE

e delibera di esprimere i seguenti rilievi:

a) valuti la Commissione di merito l'opportunità di integrare lo schema di relazione con riferimento al settore della salute, riconducibile alla missione n. 6, con i seguenti argomenti:

1. implementare gli investimenti nella sanità digitale, potenziando il fascicolo sanitario elettronico e sviluppando la telemedicina, anche al fine di assicurare un completo scambio di informazioni tra le regioni attraverso la reciproca leggibilità delle proprie piattaforme e lo scambio rapido e concreto delle informazioni sanitarie, nonché investire nella formazione e nell'aggiornamento degli operatori sanitari per l'utilizzo di tali strumenti digitali e nella semplificazione dei processi amministrativi;

2. al fine di superare il concetto di ospedalizzazione come principale intervento assistenziale, assicurare l'organizzazione di una nuova rete territoriale di assistenza che comporti un ripensamento dell'intera offerta sanitaria e socio-sanitaria, mettendo in relazione professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e socio-sanitari di tipologia e livelli diversi, attraverso modelli organizzativi integrati;

3. realizzare un nuovo modello organizzativo dell'offerta assistenziale, vicina

al cittadino anche in assenza di malattia e imperniata sul concetto di prevenzione e di promozione della salute, intesa come educazione ai corretti stili di vita, alla corretta alimentazione e all'attività fisica, attraverso un potenziamento dei dipartimenti di prevenzione in una logica intersettoriale quale condizione imprescindibile per costruire una sostenibile sanità pubblica del futuro, anche assicurando risorse adeguate per l'attuazione delle disposizioni del Piano nazionale della prevenzione (PNP);

4. integrare le politiche sanitarie, sociali e ambientali, al fine di favorire un'effettiva inclusione sociale, attraverso l'integrazione dei servizi offerti, un maggior sostegno alla domiciliarità dei pazienti cronici, fragili e non autosufficienti, e la promozione dell'invecchiamento attivo, in modo da garantire, anche a coloro che si trovano in condizioni di non autosufficienza, una vita dignitosa in un contesto relazionale adeguato;

5. garantire l'omogeneità del diritto alla salute su tutto il territorio nazionale, anche attraverso il finanziamento perequato di investimenti strutturali e il contrasto ai flussi sistematici di mobilità passiva, assicurando una tutela alle aree interne e/o disagiate;

6. prevedere investimenti mirati all'adeguamento delle condizioni strutturali o alla riconversione degli ospedali esistenti, in particolare di quelli delle aree interne e/o disagiate;

7. nell'ambito delle risorse per il rafforzamento della resilienza e della tempestività di risposta del sistema sanitario da destinare anche ad emergenze sanitarie diverse dalla pandemia in atto, assicurare che siano comprese le emergenze correlate alle malattie croniche non trasmissibili;

8. affrontare il tema dell'assenza di una strumentazione diagnostica e sanitaria adeguata ovvero l'obsolescenza, che caratterizza molti luoghi del Paese, non solo al Sud, prevedendo rilevanti investimenti non solo per il rinnovo di strutture ma anche

per il rinnovo della strumentazione diagnostica, sia a livello ospedaliero che territoriale;

9. adeguare i livelli essenziali di assistenza (LEA) alle nuove emergenze sanitarie assicurando, anche mediante l'adozione del nuovo Nomenclatore tariffario, che tutte le prestazioni siano effettivamente esigibili dai cittadini;

10. valorizzare il personale sanitario attraverso un adeguamento degli ordinamenti didattici formativi, prioritariamente per i corsi di laurea in Medicina e Chirurgia nonché in Scienze infermieristiche e rivedere la logica dell'aggiornamento professionale in tali ambiti, al fine di adeguarne le competenze ai nuovi bisogni di salute;

11. investire nella formazione e nell'alfabetizzazione sulla gestione dei rischi pandemici e creare strutture permanenti di monitoraggio e contenimento delle insorgenze pandemiche, istituendo altresì una rete nazionale di centri dedicati allo studio, alla messa a punto di soluzioni terapeutiche, diagnostiche e preventive, per combattere, anche attraverso la cooperazione internazionale, ogni minaccia pandemica;

12. implementare la ricerca, anche quella medica di base, attraverso un piano strategico di investimenti, valorizzando le eccellenze presenti sul territorio nazionale e la crescita di figure altamente specializzate, con particolare attenzione alle malattie rare e oncologiche, nonché istituire nuovi Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), soprattutto al Sud del Paese, rafforzando nel contempo quelli già esistenti e organizzandoli in rete;

13. prevedere, nell'ambito del finanziamento della ricerca, una sezione relativa al potenziamento dei dipartimenti italiani afferenti alle «rete europea di ricerca nell'ambito delle malattie rare» nonché della ricerca nel campo delle protesi e delle attrezzature robotiche che possono svolgere o agevolare l'assistenza alle persone malate o con disabilità, anche in forma domiciliare;

14. favorire investimenti in un piano specifico per la ricerca senza animali, attuando, in collaborazione con il MUR, percorsi formativi sui nuovi approcci metodologici, nell'ottica di rilanciare l'economia in modo sostenibile ed ecocompatibile, e coerentemente con l'approccio «*One Health*», che considera, al fine del benessere e della salute dell'uomo, la tutela dell'ambiente e la tutela e il benessere degli animali;

15. rafforzare, in linea con l'approccio «*One Health*», la rete di sorveglianza per un sistema sanitario nazionale ed europeo più resiliente soprattutto rispetto alla problematica legata all'antibiotico-resistenza, tenuto conto che la mortalità per infezioni ospedaliere da patogeni resistenti agli antibiotici costituisce una grave minaccia per la salute pubblica;

16. a fronte dell'assoluta necessità di investimenti che garantiscano omogeneità nella rete dei servizi per la salute mentale e tenuto conto che la rete delle strutture sul territorio ha mostrato caratteri di disomogeneità e precaria organizzazione, in particolare per i bambini, nonostante negli ultimi dieci anni gli accessi siano quasi raddoppiati, potenziare e implementare, all'interno di un progetto di rete nazionale, i posti letto di neuropsichiatria infantile e il relativo percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale, nonché investire nella formazione degli insegnanti di supporto in tema di salute mentale e neuropsichiatria infantile, così come per il personale di custodia degli istituti penitenziari;

17. nell'ambito dei progetti di dismissione delle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), prevedere l'adozione di strumenti come il *budget* di salute con lo scopo del reinserimento sociale e lavorativo;

18. prevedere il monitoraggio e l'implementazione del «benessere organizzativo» affiancandolo agli indicatori BES (benessere equo e sostenibile), in modo da contemplare, accanto a un «indicatore di esito», un altrettanto importante «indica-

tore di sviluppo organizzativo », nel solco della cultura della valutazione delle politiche pubbliche e della progettazione e gestione delle reti ospedaliere e delle reti assistenziali della medicina del territorio;

b) valuti la Commissione di merito l'opportunità di integrare lo schema di relazione con riferimento alle politiche sociali, riconducibile prevalentemente alla missione n. 5, con i seguenti temi:

1. ridurre, nell'ambito dei progetti concernenti le categorie fragili, le disuguaglianze connesse alle condizioni di disabilità, con particolare attenzione alle persone affette da disagio psichico, attraverso misure volte ad assicurare un reale inserimento sociale, scolastico e lavorativo, percorsi personalizzati, capaci di realizzare un *welfare* « generativo », e un'efficace integrazione e coprogettazione tra le reti di servizi;

2. implementare le politiche volte a consentire la piena attuazione della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, destinando una specifica quota delle risorse per l'eliminazione e il superamento delle barriere architettoniche negli edifici privati e pubblici e per l'implementazione dei progetti di vita indipendente;

3. colmare le carenze pubbliche strutturali, quantitative e qualitative del sistema delle residenze socio-sanitarie, delle semiresidenze per le persone con disabilità (RSD) e dei Centri diurni per persone con disabilità e anziani;

4. con riferimento ai criteri di valutazione positiva dei progetti, specificati dalle Linee guida per la definizione del Piano nazionale di ripresa e di resilienza e riprese nello schema di relazione, al paragrafo 4.2, specificare che, nell'ambito

dei « Progetti con effetti positivi rapidi su numerosi beneficiari finora scartati per mancanza di fondi », sia data priorità a quelli riguardanti le persone con disabilità;

5. ridefinizione dei carichi di cura e di lavoro dei componenti del nucleo familiare, ivi inclusi gli assistenti alle persone non autosufficienti a domicilio, al fine di superare le disuguaglianze che l'emergenza pandemica ha evidenziato in modo ancora più drammatico, in un contesto organico di servizi e di prestazioni che ne agevolino la formazione, ne migliorino la qualità della vita quotidiana, li aiutino a fronteggiare le situazioni di fragilità, alleviando il carico sulla componente femminile riequilibrando i ruoli di genere;

6. definizione dei livelli essenziali delle prestazioni di cui all'articolo 13 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68 (LEP), al fine di garantire adeguata assistenza alle fasce più fragili della popolazione e di promuovere un *welfare* di comunità attraverso interventi e misure di contrasto alla povertà, alle fragilità sociali e al disagio giovanile, di tutela dell'infanzia, di cura e assistenza agli anziani e ai disabili, di inclusione socio-lavorativa e integrazione degli immigrati;

7. nell'ottica di garantire la tutela dell'infanzia specialmente nella prima fascia di età, da zero a tre anni, ridurre le disuguaglianze educative, attenuare il divario esistente tra le varie parti del territorio nazionale e rafforzare la rete dei servizi per l'infanzia, tenuto conto che il problema della denatalità non può essere risolto se non si forniscono adeguati servizi alla popolazione, anche a fronte del dato per cui un milione e duecentomila bambini in Italia vivono in condizione di povertà assoluta.

ALLEGATO 2

Schema di relazione all'Assemblea sull'individuazione delle priorità nell'utilizzo del *Recovery Fund*.**RILIEVI DELIBERATI DALLA COMMISSIONE**

La XII Commissione (Affari sociali), esaminato lo schema di relazione sull'individuazione delle priorità nell'utilizzo del *Recovery Fund*;

preso atto della procedura delineata, volta a valorizzare il ruolo del Parlamento attraverso il suo coinvolgimento fin dalla fase preliminare, potendo esso adottare atti di indirizzo al Governo ai fini dell'elaborazione delle linee principali del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), che saranno oggetto di confronto in sede di Unione europea nei prossimi mesi;

auspicato che tale ruolo venga mantenuto e rafforzato, in concomitanza con l'approvazione definitiva del PNRR e con la successiva fase della sua attuazione, che richiede un'attenta e continua attività di monitoraggio delle politiche pubbliche;

espresso apprezzamento per il fatto che, delle sei missioni in cui si articolano le linee guida per la definizione del PNRR, elaborate dal Governo, una missione *ad hoc*, la numero 6, è dedicata alla salute, scelta condivisa e ritenuta doverosa, considerata l'esigenza di rispondere alla crisi provocata dall'emergenza epidemiologica da Covid-19;

condivisi gli obiettivi che si intendono realizzare attraverso progetti di investimenti nell'ambito di tale missione quali, in particolare: lo sviluppo della sanità di prossimità; una più forte integrazione tra politiche sanitarie, sociali e ambientali, al fine di favorire una effettiva inclusione sociale dei pazienti cronici e fragili anche per superare le attuali carenze del sistema

delle Residenze sanitarie assistenziali (RSA) e dei presidi sanitari nelle aree rurali e marginali del Paese; la digitalizzazione dell'assistenza medica e dei servizi di prevenzione, la promozione del fascicolo sanitario elettronico e della telemedicina; il sostegno alla ricerca medica, immunologica e farmaceutica;

condiviso altresì il fatto che le linee guida sottolineano, come intervento prioritario, la valorizzazione del personale sanitario, anche in considerazione dell'esigenza di ricambio generazionale, pesantemente trascurata a causa del persistente blocco del *turnover*;

rilevata l'esigenza di implementare le linee di intervento proposte dal Governo nel settore della salute, nel senso che sarà indicato in modo più puntuale nei rilievi;

esaminato, poi, il contenuto della missione numero 5 che, riguardando l'equità sociale, di genere e territoriale, incide in parte sulle materie oggetto di competenza della Commissione Affari sociali;

evidenziati, in senso favorevole, gli obiettivi concernenti: l'impegno ad eliminare le disparità di genere, le disuguaglianze e le disparità a livello territoriale in termini di reddito, occupazione e livelli di scolarizzazione, evitando che tali disparità si aggravino in conseguenza della pandemia; la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro; la promozione delle politiche sociali e di sostegno della famiglia al fine di migliorare la coesione sociale, la solidarietà intergenerazionale e la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;

rilevato, tuttavia, come tali linee di indirizzo non possano considerarsi esauritive in quanto occorre implementare, come sarà meglio specificato attraverso i rilievi, i temi legati alle politiche sociali, considerando le pesanti ricadute della pandemia sulle disparità già esistenti, come è emerso anche dal ciclo di audizioni che si sono svolte presso la Commissione Affari sociali tra il 15 luglio e il 23 settembre 2020 sul tema delle ricadute sociali dell'emergenza epidemiologica, con particolare riferimento alle problematiche dell'infanzia, degli anziani e delle persone con disabilità;

tenuto conto, ai fini della predisposizione dei rilievi, anche dell'attività istruttoria svolta presso la XII Commissione in relazione all'individuazione delle priorità nell'utilizzo del *Recovery Fund*, con le audizioni del Ministro della salute, Roberto Speranza, della Ministra per le pari opportunità e la famiglia, Elena Bonetti, e della Ministra del lavoro e delle politiche sociali, Nunzia Catalfo – quest'ultima dinanzi alle Commissioni riunite XI e XII – e della successiva discussione svoltasi in Commissione;

considerato altresì che:

un ruolo chiave nella digitalizzazione dell'assistenza medica, insieme al fascicolo sanitario elettronico, è costituito dalla telemedicina, che rappresenta uno strumento in grado di promuovere operativamente la gestione del percorso assistenziale e, al tempo stesso, di orientare una rimodulazione del sistema della medicina territoriale, sebbene l'innovazione digitale non vada intesa come sostitutiva del rapporto medico-paziente, che rimane condizione irrinunciabile e richiede una rilevante valorizzazione del personale sanitario;

la gestione dell'emergenza sanitaria ha messo in luce la forte necessità di un potenziamento della sanità digitale, così come evidenziato sia nella missione numero 1 che nella missione numero 6; numerose iniziative, infatti, hanno garantito, durante l'emergenza, continuità di

cura e monitoraggio da remoto dei pazienti attraverso strumenti digitali di uso comune. Il mantenimento di tali opportunità, insieme a una riforma complessiva del sistema, in un'ottica di semplificazione, dovrebbe essere il punto di partenza per ridisegnare il sistema della medicina territoriale, con la partecipazione di tutti gli attori del sistema;

l'impatto drammatico della pandemia da Covid-19 sull'economia, non solo italiana ma anche planetaria, impone il ripensamento sul sistema sanitario nazionale e su come impostare il presente e il futuro della ricerca. Si è dimostrato che, pur provocando meno decessi nel mondo industrializzato, le malattie indotte da patogeni a diffusione aerea incidono maggiormente sul PIL, senza dimenticare che, secondo il pensiero unanime della comunità scientifica, vi è il ritorno, in modo ciclico, delle pandemie. Si prevede che nel 2020 i decessi a causa del Covid-19 saranno probabilmente pari a un terzo o meno dei decessi per patologie oncologiche, ma con impatti economici imparagonabili;

la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali e socio-sanitarie non può prescindere da una preventiva individuazione di percorsi assistenziali integrati sia tra i diversi servizi sanitari (rete territoriale, assistenza ospedaliera, istituti di ricerca) che tra gli stessi servizi sanitari e quelli sociali. Tale integrazione potrà garantire l'omogeneità del diritto alla salute su tutto il territorio nazionale e conseguentemente, attraverso il finanziamento perequato di investimenti strutturali, essere di contrasto ai flussi sistematici di mobilità passiva nonché di beneficio anche alle aree interne e disagiate, che troveranno risposta ai bisogni di salute espressi con il superamento del concetto di ospedalizzazione come principale intervento assistenziale;

l'utilizzo del *Recovery Fund* dovrà essere necessariamente proteso, per quanto attiene al capitolo «Salute», alla realizzazione di un nuovo modello orga-

nizzativo dell'offerta assistenziale, vicina al cittadino anche in assenza di malattia e imperniata sul concetto di prevenzione e di promozione della salute, attraverso una logica intersettoriale, in tutte le politiche pubbliche quale condizione imprescindibile per costruire una sostenibile sanità pubblica del futuro;

il « benessere organizzativo », come metodo permanente di armonizzazione delle procedure aziendali, appare lo strumento utile per il contrasto al *burn-out* e per dotare le organizzazioni sanitarie di sistemi di *feedback* « *bottom-up* » da parte del personale sanitario,

VALUTA FAVOREVOLMENTE LO SCHEMA DI RELAZIONE

e delibera di esprimere i seguenti rilievi:

a) valuti la Commissione di merito l'opportunità di integrare lo schema di relazione con riferimento al settore della salute, riconducibile alla missione n. 6, con i seguenti argomenti:

1. implementare gli investimenti nella sanità digitale, potenziando il fascicolo sanitario elettronico e sviluppando la telemedicina, anche al fine di assicurare un completo scambio di informazioni tra le regioni e con il Ministero della salute attraverso la reciproca leggibilità delle proprie piattaforme e lo scambio rapido e concreto delle informazioni sanitarie, nonché investire nella formazione e nell'aggiornamento degli operatori sanitari per l'utilizzo di tali strumenti digitali e nella semplificazione dei processi amministrativi (cosiddetta *usability*);

2. al fine di superare il concetto di ospedalizzazione come principale intervento assistenziale, assicurare l'organizzazione di una nuova rete territoriale di assistenza che comporti un ripensamento dell'intera offerta sanitaria e socio-sanitaria, mettendo in relazione professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e socio-sanitari di tipologia e livelli diversi, attraverso modelli organizzativi integrati e, altresì, mediante la pro-

mozione di una medicina territoriale costituita da *équipe* multidisciplinari composte da figure sanitarie e socio-sanitarie tra le quali medici, infermieri, psicologi, operatori socio-sanitari e fisioterapisti;

3. realizzare un nuovo modello organizzativo dell'offerta assistenziale, vicina al cittadino anche in assenza di malattia e imperniata sul concetto di prevenzione primaria e di promozione della salute, intesa come educazione ai corretti stili di vita, alla corretta alimentazione e all'attività fisica, e sul concetto di prevenzione secondaria (*screening*), attraverso un potenziamento dei dipartimenti di prevenzione in una logica intersettoriale quale condizione imprescindibile per costruire una sostenibile sanità pubblica del futuro, anche assicurando risorse adeguate per l'attuazione delle disposizioni del Piano nazionale della prevenzione (PNP);

4. integrare le politiche sanitarie, sociali e ambientali, al fine di favorire un'effettiva inclusione sociale, attraverso l'integrazione dei servizi offerti, un maggior sostegno alla domiciliarità dei pazienti cronici, fragili e non autosufficienti, e la promozione dell'invecchiamento attivo, in modo da garantire, anche a coloro che si trovano in condizioni di non autosufficienza, una vita dignitosa in un contesto relazionale adeguato;

5. garantire l'omogeneità del diritto alla salute su tutto il territorio nazionale, anche attraverso il finanziamento perequato di investimenti strutturali e il contrasto ai flussi sistematici di mobilità passiva, assicurando una tutela alle aree interne e/o disagiate;

6. prevedere investimenti mirati all'adeguamento delle condizioni strutturali o alla riconversione degli ospedali esistenti, in particolare di quelli delle aree interne e/o disagiate;

7. nell'ambito delle risorse per il rafforzamento della resilienza e della tempestività di risposta del sistema sanitario da destinare anche ad emergenze sanitarie diverse dalla pandemia in atto, assicurare

che siano comprese azioni volte a garantire e rafforzare la tutela della salute agli assistiti affetti da malattie croniche non trasmissibili durante l'emergenza;

8. affrontare il tema dell'assenza di una strumentazione diagnostica e sanitaria adeguata ovvero l'obsolescenza, che caratterizza molti luoghi del Paese, non solo al Sud, prevedendo rilevanti investimenti non solo per il rinnovo delle strutture ma anche per il rinnovo della strumentazione diagnostica, a livello sia ospedaliero sia territoriale;

9. adeguare i livelli essenziali di assistenza (LEA) alle nuove emergenze sanitarie assicurando, anche mediante l'adozione del nuovo Nomenclatore tariffario, che tutte le prestazioni siano effettivamente esigibili dai cittadini;

10. valorizzare il personale sanitario attraverso un adeguamento degli ordinamenti didattici formativi, prioritariamente per i corsi di laurea in Medicina e chirurgia nonché in Scienze infermieristiche, e rivedere la logica dell'aggiornamento professionale in tali ambiti, al fine di adeguarne le competenze ai nuovi bisogni di salute;

11. investire nella formazione e nell'alfabetizzazione sulla gestione dei rischi pandemici e creare strutture permanenti di monitoraggio e contenimento delle insorgenze pandemiche, istituendo altresì una rete nazionale di centri dedicati allo studio e alla messa a punto di soluzioni terapeutiche, diagnostiche e preventive, per combattere, anche attraverso la cooperazione internazionale, ogni minaccia pandemica;

12. implementare la ricerca, anche quella medica di base e delle terapie avanzate, attraverso un piano strategico di investimenti, valorizzando le eccellenze presenti sul territorio nazionale e la crescita di figure altamente specializzate, con particolare attenzione alle malattie rare e oncologiche, nonché istituire nuovi Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico

(IRCCS), soprattutto al Sud del Paese, potenziando nel contempo quelli già esistenti e organizzandoli in rete;

13. prevedere, nell'ambito del finanziamento della ricerca, una sezione relativa al potenziamento dei dipartimenti italiani afferenti alla «rete europea di ricerca nell'ambito delle malattie rare» nonché della ricerca nel campo delle protesi e delle attrezzature robotiche che possono svolgere o agevolare l'assistenza alle persone malate o con disabilità, anche in forma domiciliare;

14. favorire investimenti in un piano specifico per la ricerca senza animali, attuando, in collaborazione con il Ministero dell'università e della ricerca, percorsi formativi sui nuovi approcci metodologici, nell'ottica di rilanciare l'economia in modo sostenibile ed ecocompatibile, coerentemente con l'approccio «*One Health*» che considera, al fine del benessere e della salute dell'uomo, la tutela dell'ambiente e la tutela e il benessere degli animali;

15. rafforzare, in linea con l'approccio «*One Health*», la rete di sorveglianza per un sistema sanitario nazionale ed europeo più resiliente soprattutto rispetto alla problematica legata all'antibiotico-resistenza, tenuto conto che la mortalità per infezioni ospedaliere da patogeni resistenti agli antibiotici costituisce una grave minaccia per la salute pubblica;

16. a fronte dell'assoluta necessità di investimenti che garantiscano omogeneità nella rete dei servizi per la salute mentale e tenuto conto che la rete delle strutture sul territorio ha mostrato caratteri di disomogeneità e precaria organizzazione, in particolare per i minori, nonostante negli ultimi dieci anni gli accessi siano quasi raddoppiati, potenziare e implementare, all'interno di un progetto di rete nazionale, i posti letto di neuropsichiatria infantile e il relativo percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale, nonché investire nella formazione degli insegnanti di sostegno e degli educatori in tema di salute mentale e neuropsichiatria infantile;

17. prevedere il monitoraggio e l'implementazione del « benessere organizzativo » affiancandolo agli indicatori BES (benessere equo e sostenibile), in modo da contemplare, accanto a un « indicatore di esito », un altrettanto importante « indicatore di sviluppo organizzativo », nel solco della cultura della valutazione delle politiche pubbliche e della progettazione e gestione delle reti ospedaliere e delle reti assistenziali della medicina del territorio;

b) valuti la Commissione di merito l'opportunità di integrare lo schema di relazione con riferimento alle politiche sociali, riconducibile prevalentemente alla missione n. 5, con i seguenti temi:

1. ridurre, nell'ambito dei progetti concernenti le categorie fragili, le disuguaglianze connesse alle condizioni di disabilità, con particolare attenzione alle persone affette da disagio psichico e con dipendenze patologiche e nell'ambito dei progetti di dismissione delle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), attraverso misure volte ad assicurare un reale inserimento sociale, scolastico e lavorativo, percorsi personalizzati, capaci di realizzare un *welfare* « generativo », e un'efficace integrazione e progettazione tra le reti di servizi e con gli enti del Terzo settore;

2. implementare le politiche volte a consentire la piena attuazione della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, destinando una specifica quota delle risorse per garantire l'accessibilità agli edifici pubblici e privati e a tutti i servizi, per la realizzazione dei progetti di vita indipendente;

3. ferma restando l'esigenza di promuovere i progetti di vita indipendente, colmare le carenze pubbliche strutturali e qualitative del sistema di accoglienza per le persone con disabilità e dei Centri diurni per persone con disabilità e anziani, anche attraverso l'utilizzo del *budget* di salute per la deistituzionalizzazione;

4. con riferimento ai criteri di valutazione positiva dei progetti, specificati

dalle Linee guida per la definizione del Piano nazionale di ripresa e di resilienza e riprese nello schema di relazione, al paragrafo 4.2, specificare che, nell'ambito dei « Progetti con effetti positivi rapidi su numerosi beneficiari finora scartati per mancanza di fondi », sia data priorità a quelli riguardanti le persone con disabilità;

5. ridefinizione dei carichi di cura e di lavoro dei componenti del nucleo familiare, ivi inclusi gli assistenti a domicilio alle persone non autosufficienti, al fine di superare le disuguaglianze che l'emergenza pandemica ha evidenziato in modo ancora più drammatico, in un contesto organico di servizi e di prestazioni che ne agevolino la formazione, ne migliorino la qualità della vita quotidiana, li aiutino a fronteggiare le situazioni di fragilità, alleviando il carico sulla componente femminile, riequilibrando i ruoli di genere e riconoscendo il ruolo del *caregiver* familiare;

6. definizione dei livelli essenziali delle prestazioni di cui all'articolo 13 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68 (LEP), al fine di garantire adeguata assistenza alle fasce più fragili della popolazione e di promuovere un *welfare* di comunità attraverso interventi e misure di contrasto alla povertà, alle fragilità sociali e al disagio giovanile, di tutela dell'infanzia, di cura e assistenza agli anziani e ai disabili, di inclusione socio-lavorativa e integrazione degli immigrati;

7. nell'ottica di garantire la tutela dell'infanzia specialmente nella prima fascia di età, da zero a tre anni, ridurre le disuguaglianze educative e il divario esistente tra le varie parti del territorio nazionale, introdurre misure di sostegno economico strutturali alle famiglie, rafforzare la rete dei servizi per l'infanzia e degli asili nido, tenuto conto che il problema della denatalità non può essere risolto se non si forniscono adeguati servizi alla popolazione, anche a fronte del dato per cui un milione e duecentomila minori in Italia vivono in condizione di povertà assoluta.